

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Jeudi 16 Mai 1895, à 1 heure*

Par JOSEPH-MARIE-LOUIS MACÉ,

Né au Pouliguen (Loire-Inférieure), le 10 janvier 1872.

ÉTUDE

SUR LES FORMES CLINIQUES

DE

L'ÉRYTHÈME PERNIO

*Président : M. LABOULBÈNE, professeur.*

*Professeur : M. LE DENTU.*

*Agrégés : MM. { NÉLATON.  
MARFAN.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Jeudi 16 Mai 1895, à 1 heure*

Par JOSEPH-MARIE-LOUIS MACÉ,

Né au Pouliguen (Loire-Inférieure), le 10 janvier 1872.

ÉTUDE

SUR LES FORMES CLINIQUES

DE

L'ÉRYTHÈME PERNIO

*Président : M. LABOULBÈNE, professeur.*

*Professeur : M. LE DENTU.*

*Agrégés : MM. { NÉLATON.  
MARFAN.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

## FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

|                                                 |           |                       |
|-------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| <b>Doyen</b> .....                              | <b>M.</b> | <b>BROUARDEL.</b>     |
| <b>Professeurs</b> .....                        |           | <b>MM.</b>            |
| Anatomie.....                                   |           | <b>FARABEUF.</b>      |
| Physiologie.....                                |           | <b>CH. RICHET.</b>    |
| Physique médicale.....                          |           | <b>GARIEL.</b>        |
| Chimie organique et chimie minérale.....        |           | <b>GAUTIER.</b>       |
| Histoire naturelle médicale.....                |           | <b>BAILLON.</b>       |
| Pathologie et thérapeutique générales.....      |           | <b>BOUCHARD.</b>      |
| Pathologie médicale.....                        |           | <b>DIEULAFOY.</b>     |
|                                                 |           | <b>DEBOVE.</b>        |
| Pathologie chirurgicale.....                    |           | <b>LANNELONGUE.</b>   |
| Anatomie pathologique.....                      |           | <b>CORNIL.</b>        |
| Histologie.....                                 |           | <b>MATHIAS DUVAL.</b> |
| Opérations et appareils.....                    |           | <b>TERRIER.</b>       |
| Pharmacologie.....                              |           | <b>POUCHET.</b>       |
| Thérapeutique et matière médicale.....          |           | <b>LANDOUZY.</b>      |
| Hygiène.....                                    |           | <b>PROUST.</b>        |
| Médecine légale.....                            |           | <b>BROUARDEL.</b>     |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie..... |           | <b>LABOULBÈNE.</b>    |
| Pathologie expérimentale et comparée.....       |           | <b>STRAUS.</b>        |
|                                                 |           | <b>SÉE (G.)</b>       |
|                                                 |           | <b>POTAIN.</b>        |
|                                                 |           | <b>JACCOUD.</b>       |
|                                                 |           | <b>HAYEM.</b>         |
|                                                 |           | <b>GRANCHER.</b>      |
|                                                 |           | <b>JOFFROY.</b>       |
|                                                 |           | <b>FOURNIER.</b>      |
|                                                 |           | <b>RAYMOND.</b>       |
|                                                 |           | <b>DUPLAY.</b>        |
|                                                 |           | <b>LE DENTU.</b>      |
|                                                 |           | <b>TILLAUX.</b>       |
|                                                 |           | <b>BERGER.</b>        |
|                                                 |           | <b>GUYON.</b>         |
|                                                 |           | <b>PANAS.</b>         |
|                                                 |           | <b>TARNIER.</b>       |
|                                                 |           | <b>PINARD.</b>        |

### *Professeurs honoraires*

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

### Agrégés en exercice.

| MM.                 | MM.                | MM.                      | MM.               |
|---------------------|--------------------|--------------------------|-------------------|
| <b>ALBARAN.</b>     | <b>DELBET.</b>     | <b>MARIE.</b>            | <b>RICARD.</b>    |
| <b>ANDRÉ.</b>       | <b>FAUCONNIER.</b> | <b>MAYGRIER.</b>         | <b>ROGER.</b>     |
| <b>BALLET.</b>      | <b>GAUCHER.</b>    | <b>MENETRIER.</b>        | <b>SCHWARTZ.</b>  |
| <b>BAR.</b>         | <b>GILBERT.</b>    | <b>NELATON.</b>          | <b>SEBILLEAU.</b> |
| <b>BRISSAUD.</b>    | <b>GLEY.</b>       | <b>NETTER.</b>           | <b>TUFFIER.</b>   |
| <b>BRUN.</b>        | <b>HEIM.</b>       | <b>POIRIER, chef des</b> | <b>VARNIER.</b>   |
| <b>CHANTEMESSE.</b> | <b>JALAGUIER.</b>  | <b>travaux anatomi-</b>  | <b>VILLEJEAN</b>  |
| <b>CHARRIN.</b>     | <b>LEJARS.</b>     | <b>ques.</b>             | <b>WEISS.</b>     |
| <b>CHAUFFARD.</b>   | <b>LETULLE.</b>    | <b>QUENU.</b>            |                   |
| <b>DEJERINE.</b>    | <b>MARFAN.</b>     | <b>RETTERER.</b>         |                   |

*Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.*

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE.

A MON CHER PÈRE.

A MA SŒUR.

A MON ONCLE.

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

Membre de l'Académie de médecine,  
Médecin honoraire des Hôpitaux,  
Officier de la Légion d'honneur.

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE RENNES.



ÉTUDE SUR LES FORMES CLINIQUES  
DE  
L'ÉRYTHÈME PERNIO



INTRODUCTION



Callisen le premier, après avoir remarqué les analogies qui existent entre l'action du froid et celle de la chaleur sur nos tissus, adopta pour les froidures locales la classification que Fabrice de Hilden avait proposée pour les brûlures. Cette classification, pour les brûlures, a été abandonnée et remplacée par celle de Dupuytren (six degrés). Pour les froidures, au con-

trire, les chirurgiens en général l'ont conservée. Avec Callisen ils admettent donc trois degrés :

Le premier est caractérisé par de la rougeur et du gonflement.

Le second par de la vésication, c'est-à-dire par l'exsudation d'un liquide clair ou roussâtre.

Le troisième englobe tous les cas dans lesquels il y a gangrène, quelle que soit d'ailleurs l'étendue en surface ou en profondeur de la partie mortifiée.

Callisen, ainsi que les auteurs qui l'avaient précédé, confondait les engelures avec les froidures ; il les faisait rentrer dans les deux premiers degrés de sa classification.

Cette interprétation est encore, de nos jours, celle de la plupart des chirurgiens. D'autres auteurs, principalement des dermatologistes, les séparent nettement les unes des autres en attribuant à la constitution, au tempérament lymphatique ou scrofuleux (Bazin) un rôle étiologique, pour le moins aussi important que celui du froid, dans la production des engelures. Quelle que soit l'opinion qu'on adopte, nous pensons avec M. Brocq que l'importance pratique, la fréquence et la physionomie spéciale si tranchée de l'engelure, exigent qu'on en fasse une étude à part, d'autant plus que les travaux de Hutchinson, Dubreuilh et Sabrazès ont démontré qu'à côté de la forme vulgaire et banale des engelures il existe des formes anormales. Il paraît démontré aussi qu'entre cet érythème d'une part et d'autre part le lupus érythémateux (Hutchinson, Besnier), les érythèmes polymorphes (Hutchinson) as-

phyxie locale des extrémités (Legroux), il existe des connexions, des ressemblances assez étroites pour que, dans certains cas, le diagnostic soit difficile.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous voulons, ici, remercier nos maîtres et nos professeurs de l'école de Rennes, des soins qu'ils ont apportés à notre instruction ; et des avis aussi sages qu'éclairés, qu'ils nous ont généreusement prodigués au cours de nos études médicales.

M. le professeur Laboulbène a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous le prions d'agréer tous nos remerciements les plus sincères.





## DÉFINITION



Sous le nom d'engelure ou d'érythème pernio on désigne une affection extrêmement fréquente pendant la saison froide chez les enfants lymphatiques. Elle atteint surtout les doigts, les orteils et les talons, la face dorsale des mains et des pieds, les oreilles plus rarement, le nez et les joues. Elle consiste à son premier degré (engelure simple) en des plaques de dimensions variables, rouges, violacées, luisantes, avec tuméfaction parfois considérable. Lorsque, sur ces lésions, se développent des phlyctènes, des ulcérations, le deuxième degré (engelure ulcérée) est constitué. L'une et l'autre forme s'accompagnent de sensations pénibles de brûlures, de cuisson, et de

démangeaisons insupportables quand les parties malades sont soumises à l'influence de la chaleur. Leur évolution est lente, elles durent en général pendant tout l'hiver.





## ETIOLOGIE



Les causes des engelures sont multiples. Au premier rang il faut placer l'action du froid, ou plutôt le passage réitéré d'une température très basse à une température élevée. Aussi dans nos contrées ne s'observent-elles que pendant l'hiver. Cette influence du froid ne peut être ni méconnue ni contestée, bien que les engelures n'aient pas leur maximum de fréquence dans les climats les plus rigoureux, bien qu'elles se montrent plutôt chez les habitants des vallées dont la température est douce que chez ceux des hautes montagnes (Briende). En effet, les engelures chez les individus prédisposés apparaissent dès que les premiers froids de l'automne se font sentir et ne guérissent qu'au retour du printemps. De plus c'est surtout au cœur de l'hiver et pendant les

froids rigoureux que le plus grand nombre de personnes en sont affectées. Il est donc raisonnable (Després) d'admettre l'influence traumatique du froid comme cause des engelures. Il est plus difficile d'expliquer pourquoi, certaines personnes ont leurs engelures en automne alors que d'autres ne les ont qu'au printemps. (Collisen.)

Mais comme dans la plupart des cas, les parties du corps sur lesquelles se sont développées les engelures n'ont pas été soumises à des refroidissements extrêmement considérables ; qu'on les voit survenir alors que la température n'est guère au dessous de 0°, le froid seul ne suffit pas à en expliquer l'apparition. Les symptômes physiques et fonctionnels qui caractérisent l'engelure se produisent, non pas au moment où les parties sont soumises à l'influence du froid ; mais lorsqu'elles sont, après le refroidissement, exposées à une chaleur artificielle, réchauffées rapidement par des frictions, des mouvements violents. Il en résulte une réaction trop intense qui a sur les tissus une action nocive.

Chélius avait remarqué que les engelures étaient plus fréquentes chez les individus qui avaient souvent les mains mouillées ; il en concluait que l'humidité doit jouer un rôle dans l'étiologie de cette affection. Richter accepta cette opinion, et fit remarquer que les engelures apparaissaient fréquemment lorsqu'une partie mouillée était exposée à la chaleur d'un foyer. L'opinion de ces auteurs semble démontrée par la fréquence des engelures chez les blanchisseuses.

Le vent n'agit, sans doute, que par le refroidissement qu'il provoque.

En somme, on peut dire avec Grant que les engelures se voient chez les personnes qui, après une courte exposition à l'air sec et froid, ou aussi à l'air froid et humide, viennent rapidement se chauffer au feu : « Le passage soudain du froid au chaud ne peut être supporté par la peau quand elle a peu de vitalité. »

Le défaut de résistance de l'organisme est un facteur important, une cause prédisposante, puisque de tous les sujets exposés aux mêmes influences atmosphériques (lycées, pensionnats), une minime partie seulement est atteinte d'érythème pernio.

Les engelures sont une maladie de l'enfance. Bien qu'elles puissent s'observer à l'âge adulte et même chez les vieillards, il n'en est pas moins vrai qu'elles ont leur maximum de fréquence chez les jeunes sujets avant l'âge de 15 ans (Brocq).

Chez les femmes, elles ne sont pas rares même à l'âge adulte, ce qui tient évidemment à leur constitution plus délicate.

Cette influence de la constitution a été mise en évidence du jour, où elles ont été séparées des gelures proprement dites. Briende avait déjà remarqué que les engelures apparaissent presque uniquement sur les peaux potelées, à derme riche en tissu adipeux et lymphatique, et que les mains maigres n'en sont pas atteintes. Ce fait est vrai d'une manière générale, on sait que le tissu cellulaire sous-cutané est souvent développé chez les lymphatiques et chez les strumeux. Or c'est chez eux,

d'après la plupart des auteurs, qu'on rencontre le plus ordinairement les engelures ; Hardy leur a même donné le nom de « scrofulides érythémateuses ».

Leur grande fréquence chez les enfants pauvres, peut donc s'expliquer par la débilité, si ordinaire chez eux, débilité qui résulte d'une alimentation défectueuse, parfois insuffisante, et des autres conditions hygiéniques mauvaises auxquelles ils sont soumis. De même que leur organisme est en état de réceptivité pour les microbes pathogènes, de même il est incapable de résister aux influences atmosphériques.

Chez les enfants des classes aisées, bien que moins répandu, l'érythème pernio est encore fréquent. Chez eux, Aymes a surtout incriminé le défaut de résistance dû aux précautions excessives dont ils sont entourés. Elles conduisent par une voie différente à des résultats analogues à ceux que nous avons indiqués chez les pauvres. Endurcis aux variations atmosphériques ces enfants résisteraient mieux et n'auraient pas d'engelures (Aymes).

L'érythème pernio est donc le plus souvent l'apanage du lymphatisme et de la scrofule. Il faut reconnaître pourtant (Brocq) qu'elles peuvent être assez fréquentes chez certains fils de rhumatisants, eux-mêmes arthritiques avérés, à teint brun, à cheveux noirs, mais dans la grande majorité des cas elles sont moins rebelles et disparaissent beaucoup plus tôt chez ces derniers. Cette opinion est plus vraisemblable que celle de Perroud qui les considère comme appartenant presque exclusivement aux rhumatisants.

Kaposi pense que l'anémie est une cause prédisposante d'une grande importance. Hutchinson a remarqué chez la plupart de ses malades que les mains étaient ordinairement froides, ce qui indiquerait une circulation lente et faible; il attache à ces troubles circulatoires une grande importance.

De cette étude étiologique, il ne faut pas conclure avec Devergie que l'engelure est « non pas une maladie locale; mais le reflet de l'état général de l'organisme »; elle permet seulement de dire avec Hutchinson que les enfants atteints d'engelures n'ont pas une santé robuste bien que cette affection soit toute locale, et de comprendre comment, en s'appuyant sur des faits, certains auteurs (Aymes) aient cru remarquer que « le tempérament scrofuleux peut se manifester longtemps à l'avance par une tendance aux engelures ».

Les régions le plus souvent atteintes sont les régions non recouvertes ou peu couvertes par les vêtements, celles qui sont éloignées du centre circulatoire et surtout celles qui, par leur petit volume, n'offrent au refroidissement qu'une résistance médiocre. Aussi les trouve-t-on ordinairement aux pieds, aux mains, aux oreilles; mais on peut les observer en d'autres points, tels que le nez, exceptionnellement aux coudes et aux genoux. Aux membres supérieurs, l'érythème pernio se localise le plus ordinairement à la face dorsale des mains et surtout des doigts. Aux pieds, cette localisation se fait presque toujours aux orteils (gros et surtout petit orteil) et aux talons (mules).





## PATHOGÉNIE



Les auteurs qui avaient précédé Ambroise Paré, confondant les engelures avec les froidures, n'avaient pas essayé d'expliquer leur développement.

Paré, le premier, adoptant les théories ultra-métaphysiques de son temps admit que, lorsqu'une partie du corps est saisie par le froid, les esprits vitaux contenus dans cette partie, sont tués ; ceux qui, des autres parties du corps, veulent venir les remplacer, sont repoussés et, si la lutte se prolonge, une mortification en est le résultat. Dans les thèses allemandes du xvii<sup>e</sup> siècle, sur les perniones, les mêmes opinions sont exposées avec quelques variantes.

Tissot incrimina l'absorption des particules frigorigènes qui produisaient dans les humeurs un commencement de congélation.

Dès le xviii<sup>e</sup> siècle pourtant, Hamilton, Luther,

Neigefind, Cullen, Quelmalz, Hévin, Callisen, etc., dans leurs études sur les effets du froid, accordent une certaine importance aux troubles circulatoires.

Lorsque Le Bégin, le premier, sépara nettement les engelures des froidures, distinction soutenue par Dmochowski dans sa thèse (Paris, 1852), et surtout lorsque Devergie (1851) eut considéré les engelures comme le reflet d'un état général défectueux (scrofule), le rôle accordé au froid fut seulement celui d'une cause occasionnelle.

Pourtant Bazin (affections cutanées artificielles) déclara le froid la cause presque unique des engelures, et Heurtaux, partageant cette opinion, chercha à expliquer par quel mécanisme se produisent les lésions : l'excitation produite par le froid détermine une contraction excessive des petits vaisseaux, ce qui détermine la pâleur des tissus. Puis si cette excitation cesse brusquement, à la contraction permanente succèdent l'atonie des parois vasculaires et une congestion très vive qui a pour conséquence un exsudat séreux dans l'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. C'est donc à la congestion par paralysie motrice que serait due la rougeur violacée, et à l'infiltration de sérosité, le gonflement.

Dans sa thèse d'agrégation (1880), Tédénat admet que les contractions des veinules sont plus durables que celles des artérioles, ce qui expliquerait, par la dilatation des capillaires et la stase sanguine qui s'y produit, la coloration vineuse et la formation de l'œdème. Plus tard, les veines elles-mêmes se dilatent.

Les lésions de filets nerveux jouent donc un rôle dans la production de ces œdèmes (Ranvier) et ces troubles sensitifs.

Nous devons aussi signaler l'opinion que Legroux se faisait des engelures, admettant entre elles et la gangrène symétrique des extrémités des relations étroites. Dans la thèse de Rossignot (1889), écrite sous son inspiration, il les considère comme des affections distinctes ; mais dont le diagnostic différentiel est parfois très difficile. Dans celle de Bouchez (1892), il fait des engelures le premier degré de la maladie de M. Raynaud, les trois autres degrés étant : 1° la syncope locale ; 2° l'asphyxie locale ; 3° la gangrène. La première opinion est fondée ; la deuxième n'a pas prévalu. Pour Legroux, la pathogénie des engelures était donc celle de la gangrène symétrique des extrémités.





## SYMPTOMES



On peut distinguer dans les érythèmes pernio des formes vulgaires et des formes anormales. Les premières sont les engelures proprement dites, les deuxièmes comprennent les cas décrits par Dubreuilh et Sabrazès, de Bordeaux, et ceux que Hutchinson a signalés sous le nom d'éruptions parentes des engelures (éruptions allied to chilblains).

Les engelures vulgaires elles-mêmes comprennent plusieurs degrés ; J. Agrant en admet trois : dans le premier le gonflement et les démangeaisons sont très modérées ; dans le deuxième ils sont plus intenses, la tuméfaction est considérable, la rougeur très foncée va souvent jusqu'à la teinte violacée, les douleurs sont cuisantes ; dans le troisième il y a apparition de phlyctènes qui se rompent et laissent après elles des

surfaces excoriées qui se transforment en ulcérations rebelles.

La classification admise par la plupart des auteurs est moins complexe : les engelures sont *simples* ou *ulcérées* ; l'ulcération qui caractérise le deuxième degré fait entièrement défaut dans le premier.

Lorsqu'une partie du corps est sur le point de devenir le siège d'une engelure, à l'engourdissement et à la pâleur produits par le froid succèdent, au moment de la réaction, un sentiment de chaleur et de tension plutôt gênante que douloureuse au début ; en même temps que les parties augmentent de volume et prennent une coloration rouge vif ou parfois un peu violacée ; ces parties tuméfiées restent franchement mobiles sur les parties profondes, la tuméfaction est parfois molle (Hardy), plus souvent elle est ferme ; elle ne ressemble ni à l'œdème inflammatoire ni à celui qui résulte d'une stase sanguine par obstacle à la circulation. Elle se laisse un peu déprimer sous une pression soutenue, mais elle reprend bientôt son volume.

La température, abaissée d'abord, s'élève au moment de la réaction, elle dépasse même généralement le degré normal, ce qui achève de donner à la partie malade un aspect qui ne diffère du premier degré de la brûlure que par sa coloration bleuâtre, livide ou marbrée. Cette coloration existe non seulement dans la région tuméfiée, mais encore à son pourtour sur une assez grande étendue. En même temps les mains deviennent chaudes et parfois brûlantes.

Pendant que les parties atteintes d'engelures sont à une basse température elles ne sont que peu ou pas douloureuses ; mais quand elles s'échauffent soit par le séjour au lit, soit par le voisinage d'un foyer de chaleur, elles deviennent le siège de recrudescence de la tension et de douleurs parfois assez vives. C'est alors surtout qu'on observe des démangeaisons, des picotements insupportables et, dans les cas intenses, des douleurs brûlantes et des pulsatives capables de troubler le sommeil. Le froid, l'immersion dans l'eau froide surtout, apportent quelque soulagement à ces douleurs ; mais la réaction consécutive à l'emploi de ces moyens, peut les rendre atroces ou du moins les raviver considérablement.

Chez les individus peu prédisposés, ou chez ceux qui, dès les premiers symptômes, se soustraient aux causes productrices des engelures, les phénomènes peuvent ne pas dépasser l'état auquel Grant a donné le nom de premier degré ; tous les signes sont très modérés. Alors, au bout de trois à cinq jours, le gonflement diminue, la peau prend un aspect parcheminé en même temps que l'érythème pâlit ; puis l'épiderme se détache formant des squames d'étendue variable.

Plus fréquemment rougeur et tuméfaction persistent pendant une quinzaine de jours ; puis on peut voir l'épiderme se détacher en fines furfures sèches ou en larges squames humides. Ce fait avait déjà été observé par Ottensée : « Quand les engelures ont « duré longtemps, il se manifeste au printemps, « quand la chaleur commence à se faire sentir, des

« rides et des fissures oblongues telles qu'on en observe dans les dartres. »

Enfin chez les individus doués d'une moindre résistance, surtout si leurs occupations les exposent à des alternatives réitérées de chaud et de froid (blanchisseuses, ramasseurs de neige, écolier, etc.), les engelures peuvent persister dans l'état que nous avons décrit, sans aucune amélioration, jusqu'au retour de la belle saison.

C'est aussi chez ces mêmes individus, sous l'influence de ces mêmes causes, et surtout d'un froid plus vif ou d'autres intempéries, qu'on voit les engelures s'ulcérer. L'épiderme se soulève, il se forme une véritable vésication. Il en résulte des bulles, des phlyctènes contenant une sérosité jaunâtre ou roussâtre et sanguinolente.

D'autres fois, la peau se gerce sur la partie culminante de la tuméfaction ; il se forme des fissures, des crevasses qui semblent se produire sous l'influence de l'excessive distension de la peau. Les phlyctènes sont le plus souvent situées à la face palmaire de la dernière phalange des doigts ou à la face dorsale des premières, à la face plantaire des orteils ou à la partie postérieure des talons. La peau qui les entoure est livide ou rouge bleuâtre.

À la destruction de l'épiderme succède des exco-riations ou des ulcérations à bords déchiquetés, à fond sanieux, fongueux, sécrétant une sérosité puriforme. Elles sont atoniques, torpides, ont un aspect blafard ; elles semblent constituées par des chairs comme lavées

et macérées. Bazin compare leur aspect à celui des ulcères lépreux, dont elles diffèrent par les vives douleurs qu'elles occasionnent. Elles se recouvrent fréquemment de croûtes épaisses et noirâtres. Ces ulcérations peuvent, mais cela est rare, avoir une marche envahissante et creuser assez profondément les tissus jusqu'aux tendons et jusqu'aux os. En général, leur tendance destructive est peu marquée.

Chez certains individus, ces ulcérations une fois formées peuvent être très rebelles aux traitements ordinaires. Des pansements variés ou des applications locales énergiques ne font que diminuer la lenteur de la réparation. Ces formes d'engelures constituent une véritable infirmité par les souffrances qu'elles causent, par l'obstacle qu'elles apportent aux mouvements. Pourtant, même dans ces formes ulcérées, la guérison se fait sans qu'il persiste plus tard aucune trace cicatricielle (Hardy). Mais chez certains malades, surtout chez des scrofuleux, on peut voir persister longtemps un engorgement chronique qui ne disparaît qu'avec une lenteur extrême.

Le gonflement peut même, dans certains cas, persister d'une manière indéfinie et, par sa permanence en toute saison, donner lieu à une véritable difformité. Hardy admettait que chez les personnes éminemment scrofuleuses la maladie constitutionnelle, trouvant en quelque sorte dans l'engelure une manifestation toute préparée, s'en emparait et la continuait en l'absence de la cause.

D'après Bégin, l'ulcération repose parfois sur une

base hémorrhagique. D'autres fois, on voit se former, soit au voisinage de cette ulcération, soit en un point quelconque de la partie tuméfiée, des ecchymoses, véritables hémorrhagies sous-épidermiques. Valette, qui les signale, les attribue plutôt à une influence scorbutique qu'à l'action du froid. Le froid seul peut pourtant les produire, d'après certains auteurs, surtout chez les individus débilités. Després, et après lui Tédénat, pensent qu'elles ne sont pas le résultat d'une gangrène interstitielle ; mais qu'elles peuvent être produites par tous les moyens qui exagèrent la réaction ; elles s'observeraient en particulier chez les individus qui, pour se réchauffer, battent les mains contre leurs flancs ou les pieds contre le sol. Dans ces cas, elles sont vraisemblablement d'origine traumatique.

Quant à la gangrène proprement dite, toujours peu étendue, qu'on peut voir survenir, elle attaque de préférence les individus débilités, ceux que les anciens appelaient cacochymes (Tissot). D'après Bell, les scrofuleux surtout y sont prédisposés. Les froids très rigoureux ont évidemment une influence considérable dans le développement de cette gangrène. Pourtant Grant a observé rarement cette complication, malgré le froid climat de la vallée d'Otawa, aussi bien dans les hôpitaux que dans la pratique particulière. Les cas analogues à ceux de Bégin, dans lesquels il se produisit des dénudations étendues, sont donc de véritables exceptions.

C'est surtout dans les engelures ulcérées que les

symptômes fonctionnels : prurit, chaleur, douleurs cuisantes, atteignent leur maximum d'intensité. Ils entretiennent chez les sujets de l'agitation, de l'insomnie et même de la fièvre ou d'autres symptômes sympathiques également graves. Kaposi a vu de certains cas de pernio ulcérant résulter de la phlébite et de l'adénite avec symptômes fébriles intenses.

Wilson (*diseases of the skin*) déclare que dans les engelures avec gangrène, on peut observer des congestions viscérales, surtout du poumon et des troubles généraux susceptibles de produire la mort.

Rinouapoli a observé un cas d'hémoglobinurie chez un enfant de sept ans. La seule cause à invoquer dans ce cas, l'enfant n'ayant eu antérieurement aucune maladie générale, était la suppuration d'engelures des pieds. Un traitement antiseptique guérit rapidement les plaies, et avec elles l'hémoglobinurie paroxystique. Ce résultat confirme l'auteur dans l'opinion, que celle-ci était sous la dépendance de celle-là.

Quel que soit le siège qu'occupe l'érythème pernio, il présente toujours les mêmes caractères essentiels. Nous croyons pourtant utile de résumer brièvement les modifications qu'il apporte dans les différentes régions où il se développe.

C'est aux doigts, aux orteils, aux oreilles qu'il se localise de préférence, on peut même dire presque toujours. Aux doigts, sous l'influence de cette affection, la partie moyenne de chaque phalange, et bientôt les régions qui correspondent aux articulations, augmentent de volume. Il en résulte une déformation en

boudin, au niveau de laquelle la peau est tendue, lisse et brillante; les plis normaux des téguments sont effacés, on voit seulement quelques sillons transversaux. L'annulaire et l'index sont les plus souvent affectés; mais pour peu que l'affection soit un peu intense, les autres doigts sont atteints à un degré presque égal.

Les excoriations les phlyctènes, les ulcérations, lorsqu'elles se forment siègent presque toujours sur la face dorsale de la première et parfois de la deuxième phalange; elles sont également assez fréquentes au voisinage des articulations métacarpo-phalangiennes, elles peuvent également gagner la face interne du petit doigt et l'externe de l'index. Les faces latérales des doigts qui se protègent réciproquement ne sont presque jamais le siège d'ulcérations, de même la face palmaire des deux premières phalanges. Celle de la dernière phalange des doigts d'après Heurtaux, peut présenter ces bulles ou ces phlyctènes qu'on voit se produire parfois dans les formes sévères d'engelures. D'après ce même auteur il peut arriver que les ongles, soulevés comme l'épiderme par un épanchement séreux, se détachent entièrement et tombent. Il a vu un malade qui, à plusieurs reprises, perdit les ongles de la plupart des doigts et des orteils; ils repoussent mais en conservant une forme défectueuse.

Les troubles fonctionnels que les engelures, même d'une intensité modérée, produisent aux mains sont très désagréables, car la sensibilité peut être émoussée, la tension et le gonflement des doigts gênent les mou-

vements à un degré suffisant pour rendre difficile les fonctions délicates de la main. Lorsqu'il y a des ulcérations ces troubles deviennent plus intenses encore et, ajoutés aux douleurs signalées plus haut, peuvent être une cause de véritable impotence fonctionnelle.

A la main, les engelures siègent presque exclusivement sur la face dorsale, vers le bord cubital et la partie inférieure du métacarpe principalement.

C'est en ces points que les ulcérations siègent lorsqu'elles se développent, il est plus rare de les voir en d'autres endroits. Le gonflement qui accompagne ces engelures peut être très modéré ; mais dans certains cas, le tissu cellulaire lâche de la région s'engorge à tel point, que l'épaisseur normale de la main est doublée, et alors la face dorsale forme une saillie régulièrement convexe dont les limites sont à peu près celles de la région. A un moindre degré, il donne seulement à la main un aspect potelé.

Aux avant-bras et aux coudes les engelures sont rares et affectent seulement la forme de plaques violacées, légèrement saillantes.

Presque aussi fréquente que celle des mains, plus fréquente même pour quelques auteurs (Després) les engelures des pieds ont deux sièges de prédilection : les orteils et le talon. Aux orteils, les déformations sont les mêmes qu'aux doigts, le premier et le dernier orteil sont plus fréquemment atteints que les autres. Sur la face dorsale des pieds, le gonflement peut également être considérable. Aux talons, où on leur donne vulgairement le nom de *mules*, elles sont très gênantes.

Les troubles fonctionnels consistent en une difficulté plus ou moins marquée de la marche qui peut devenir impossible.

Legouest a vu en Crimée les bulles des engelures soulevées par du sang pur offrir une teinte d'un noir foncé. Ces bulles occupaient surtout la face inférieure du pied et des orteils ou le talon. A la chute de l'épiderme, qui se faisait attendre longtemps, on trouvait tantôt la couche épidermique régénérée, tantôt le derme mis à nu et ulcéré. Nous avons dit que Legouest avait observé la chute des ongles. Ces lésions ne se voient guère que dans les régions où l'hiver est très rigoureux, chez les armées en campagne.

C'est surtout aux pieds qu'on observe cet état décrit par Legouest sous le nom d'engelures chroniques et qui est une forme du premier degré de l'érythème pernio. Le derme est alors comme le tissu cellulaire sous-cutané, épaissi, coloré en rouge brun et privé de sensibilité. Le malade marche sans ressentir l'impression du sol et quelquefois l'insensibilité persiste pendant cinq à six mois. C'est l'influence prolongée du froid humide qui est la cause habituelle de ces accidents.

Aux genoux, les engelures sont aussi rares qu'aux coudes. Nous signalerons seulement pour mémoire un cas, rapporté par Briende, où elles siégeaient aux fesses.

Sans être rares, les engelures à la face, sont beaucoup moins fréquentes qu'aux extrémités des membres. D'après Aymes, lorsqu'elles attaquent le nez, elles y

laissent souvent une impression qui change, pour toujours, la physionomie de l'individu. Certains auteurs ont également signalé une coloration bleuâtre, persistante de cet organe, même pendant la saison chaude ; tel est le cas d'un malade de Hutchinson qui, après avoir eu au nez des engelures ulcéreuses, conserva une coloration livide autour de la cicatrice.

D'après Taenzer les engelures des lèvres paraissent présenter les caractères suivants : desquamation épidermique qui détermine une dénudation du derme accompagnée de sensations de brûlures, fourmillements, prurit ; gonflement avec un peu d'ectropion, ce gonflement est mou ; mais avec des points plus durs. Il se forme en même temps des fissures profondes et douloureuses. Pas de suppuration ni d'ulcérations proprement dites. Le seul agent thérapeutique efficace est le retour de la saison chaude.

Sur les joues, où elles sont rares, les engelures ne se montrent guère qu'aux pommettes sous forme de plaques violacées, saillantes, du diamètre de l'ongle à celui d'une pièce de cinq francs. Elles sont ordinairement passagères et ne laissent pas de cicatrices.

Les oreilles sont souvent le siège d'érythème pernio, ce qu'explique leur faible épaisseur et par suite la facilité avec laquelle elles subissent l'influence des variations thermiques. C'est surtout à la périphérie du pavillon et sur le lobule qu'on les observe. Sur l'hélix un peu de gonflement, une coloration violacée et, lorsque l'affection se prolonge, un peu de desquamation sont les seules modifications. Au lobule le

gonflement peut être plus considérable et on sent souvent, dans l'épaisseur du tissu cellulaire, un ou plusieurs noyaux indurés. En ces différents points des ulcérations peuvent se former laissant après elles une coloration violacée qui ne disparaît qu'avec une extrême lenteur.

Tels sont les principaux symptômes qu'on observe dans les formes vulgaires des engelures ; mais à côté d'elles il y en a d'autres qui en diffèrent plus ou moins tout en conservant certains caractères qui permettent de les rattacher à la famille des érythèmes pernio.





## FORMES ANORMALES DES ÉRYTHÈMES PERNIO



Elles ne sont pas fréquentes : MM. Dubreuilh et Sabrazès (de Bordeaux), en ont décrit quelques-unes.

Dans certains cas, les placards d'érythème peuvent devenir plus petits, l'induration sous-jacente plus superficielle qu'ils ne le sont dans les engelures ordinaires ; nous avons alors l'engelure papuleuse ; dans d'autres le soulèvement épidermique, qu'il n'est pas rare de constater dans les engelures vulgaires, prend une importance prédominante ; c'est la forme bulleuse des engelures.

Bazin avait observé des cas de ce genre, mais il se refusa à les rattacher aux engelures : « L'engelure « se complique assez fréquemment, dit-il, d'hydroa ou

« d'érythème papulo-tuberculeux. Nous en distinguons soigneusement ces deux dernières affections « qui relèvent d'une cause bien différente. L'arthritisme et la scrofule ne s'excluent en aucune façon ; vous « les verrez souvent marcher côte à côte et se refléter « ensemble à la peau, chacune par des manifestations « qui lui sont propres. » Dubreuilh et Sabrazès, après Hutchinson, pensent au contraire qu'on peut observer des formes papuleuses et bulleuses d'érythème pernio ; d'après le dernier de ces auteurs elles peuvent simuler l'érythème polymorphe, bien qu'elles n'aient de commun avec lui que l'aspect objectif.

Les différences qui séparent les engelures ordinaires des engelures papuleuses ne sont pas très profondes ; car on y trouve tous les caractères habituels ; mais en petit : la couleur est la même, l'infiltration existe ; mais est moins profonde, en rapport avec l'étendue de la lésion. La papule peut avoir une surface unie et lisse ou être surmontée d'une vésicule affaissée identique, aux dimensions près, à la phlyctène de l'engelure habituelle. La vésicule peut enfin être remplacée par une sorte de tache blanche qui simule une vésicule ; c'est une pseudo-vésicule. Les dimensions de ces papulo-vésicules sont variables ; les unes sont petites, miliaires (Dubreuilh et Sabrazès) ; d'autres ont le volume d'une lentille ; en quelques points, surtout dans les espaces interdigitaux, les lésions peuvent prendre un aspect eczémateux. C'est à cette forme papuleuse des engelures qu'il faut très probablement rattacher le cas publié par John Cavafy (*Brit. Journ. of*

*Dermat.* 1891), sous le nom d'érythème induré des mains chez une jeune fille : les mains étaient froides au toucher, l'éruption consistait en papules ou nodules, surmontés de vésicules, avec çà et là une pustule. Ces lésions s'étaient développées et se répétaient sous l'influence du froid et guérissaient sans laisser de cicatrices.

Nous retrouvons à peu près les mêmes caractères dans les observations que Hutchinson a publiées sous le nom « d'éruptions parentes des engelures ». L'auteur anglais fait remarquer que, dans la forme bulleuse certains éléments éruptifs peuvent, à première vue, ne présenter aucune analogie avec les engelures ; elles peuvent simuler des bulles de pemphigus ou des brûlures au second degré ; mais à côté de ces éléments purement bulleux on en trouve d'autres qui reposent sur une base violacée et même des lésions d'engelures typiques. La gradation qui existe entre ces éléments divers chez le même individu, leur apparition simultanée sous l'influence du froid, permettent à cet auteur d'affirmer qu'il s'est agi d'engelures bulleuses. Il fait remarquer, lui aussi, qu'il n'y a là, d'ailleurs, qu'une exagération d'un fait habituel, puisque les engelures sont très souvent surmontées, même à leur début, d'un soulèvement épidermique flasque et irrégulier.

Dans les cas observés par Dubreuilh et Sabrazès les lésions n'ont eu qu'une gravité minime ; elles se sont montrées presque indolentes, ont guéri d'habitude facilement et ne se sont ulcérées que d'une manière excep-

tionnelle. « Ce sont, ont-ils dit, des engelures très  
« superficielles ou l'exsudation s'est faite dans l'épi-  
« derme au lieu de se faire dans le derme. »

Aussi n'est-ce pas sans raison qu'ils les séparent des formes décrites par Rayet, qui constituent un degré plus grave de la maladie : « Les bulles situées le plus  
« souvent à la face palmaire des dernières phalanges  
« des doigts, à la face plantaire des orteils ou  
« à la partie postérieure du talon sont aplaties  
« et remplies d'une sérosité roussâtre, sanguino-  
« lente. La peau sur laquelle elles se sont dévelop-  
« pées offre une teinte livide ou d'un rouge bleuâtre.  
« Si la maladie est abandonnée à elle-même, l'épiderme  
« se détache, laisse à nu des excoriations grisâtres,  
« blafardes, sanguinolentes, irrégulières, très doulou-  
« reuses, d'une étendue et d'une profondeur parfois  
« considérables. » Ces engelures bulleuses et ulcé-  
reuses, graves, ont de grandes ressemblances avec celles que Heurtaux a observées et dont nous avons parlé plus haut à propos des engelures ordinaires, ce qui démontre une fois de plus qu'entre les types les plus distincts il existe une foule d'intermédiaires.

Ce n'est pas seulement aux mains et aux pieds qu'on peut observer ces formes anormales d'engelures. Hutchinson a constaté la formation de bulles et de phlyctènes sur le visage aussi bien que sur les mains de personnes à circulation lente. Dans un de ces cas l'auteur hésita entre le diagnostic d'érythème pernio et celui d'érythème polymorphe. L'éruption avait des allures chroniques ; mais il pense que si en cela elle

différait de l'érythème polymorphe à évolution rapide, il faut pourtant se demander si l'érythème polymorphe ne peut pas tendre à présenter cette particularité quand il se montre chez des individus dont les tissus sont prédisposés aux engelures. Il semble à Hutchinson, qu'en clinique, les limites entre l'érythème pernio et l'érythème multiforme ne sont pas aussi tranchées qu'on pourrait le croire; puisque certains cas se rapprochent à la fois de l'un et de l'autre. Ces mêmes cas de transition se retrouvent entre les engelures et d'autres maladie, cutanées, Hutchinson a observé un placard érythémateux craquelé, eczématiforme coïncidant avec des engelures, apparu en même temps qu'elles et qui disparut également avec elles. Donc entre la dermatite à frigore qui est l'érythème pernio et la dermatite eczématiforme de cause externe, affections absolument différentes, dans les cas typiques nous trouvons encore des intermédiaires participant à la fois de l'une et de l'autre au point de vue de leurs caractères objectifs.

Ce même auteur a encore signalé un autre aspect tout particulier des engelures différant considérablement du type commun de cette affection et qui rappelle un peu la tuberculose cutanée. Dans trois cas bien nets qu'il a observés (et il pense que d'autres formes de degré moindre ne sont pas rares) sur les mains et la face inférieure des avant-bras il se développa une éruption pustuleuse, de couleur foncée, extrêmement lente dans son évolution, presque permanente et suivie de cicatrices. On aurait pu les prendre

pour une variété acnéiforme du lupus ; mais leur localisation principale aux mains, leur apparition sous l'influence d'un abaissement considérable de la température, montrent suffisamment qu'on doit les rattacher au groupe des érythèmes pernio.

D'après M. Besnier, certains lupus érythémateux méritent le nom de lupus pernio ou asphyxique parce qu'ils ont de grandes ressemblances avec l'engelure permanente. La surface des parties atteintes est livide, couleur lie de vin, des varicosités se développent et il peut même se former des érosions nécrobiotiques qui ne sont pas sans analogie avec celles des engelures ulcérées ; mais l'absence d'algidité, la permanence de ces lésions, leur marche lentement progressive et indépendante des saisons, une certaine consistance de la masse avec mollesse de la couche la plus superficielle, etc., permettent de les séparer du groupe pernio avec lesquelles elles n'ont que quelques ressemblances objectives.

L'opinion de Hutchinson est plus avancée, il va même jusqu'à dire qu'il est difficile de fixer, pour le lupus érythémateux et pour l'engelure, où l'une commence et où l'autre finit ; pour quelques-unes de ces formes hybrides il propose le nom de *lupus engelure* (lupus chilblains.)

Il a, d'autre part, signalé des cas encore plus complexes qui prêtaient à hésitation entre le lupus, le psoriasis et l'érythème pernio ; mais sur ces faits d'une excessive rareté nous n'insistons pas plus que sur ceux où l'érythème pernio a pu simuler une menace

de gangrène sénile ou ceux dans lesquels il paraît avoir pour cause prédisposante le scorbut.

Nous croyons donc pouvoir dire, résumant les opinions exposées plus haut, qu'il y a à côté de la forme ordinaire des engelures extrêmement fréquente, des formes anormales qui en diffèrent : les unes par la petitesse et la superficialité des lésions ; elles méritent le nom de formes papuleuses. Quand, sur ces papules, se développent des vésicules l'engelure est papulo-vésiculeuse. A côté des types d'engelures typiques on peut voir des bulles (forme bulleuse) ; des pustules (forme pustuleuse) qui peuvent laisser des cicatrices. Souvent ces types sont associés les uns aux autres ; l'érythème pernio est alors polymorphe dans son aspect. Enfin il existe des lésions qu'on doit rattacher au groupe des érythèmes pernio et qui ont une ressemblance plus ou moins grande avec l'eczéma, le lupus érythémateux, l'érythème polymorphe, etc. Le rôle étiologique du froid, leur évolution lente, leur disparition au retour du printemps sont de précieux éléments pour le diagnostic.





## PRONOSTIC



Le pronostic des érythèmes pernio est facile à déduire de la description que nous en avons donnée. Les engelures érythémateuses, dans leurs formes vulgaires, n'ont qu'une importance médiocre et le seul ennui qu'elles causent consiste en quelques douleurs et une déformation des doigts et des mains. Aux pieds elles gênent la marche. A la face elles sont très désagréables surtout chez les femmes.

Lorsque l'engelure érythémateuse est permanente, son pronostic est plus réservé, car elle est alors une cause continuelle d'inhabilité fonctionnelle des doigts ; de plus elle est un stigmate du tempérament lymphatique ou de la scrofule.

Les formes ulcéreuses sont relativement graves parce qu'elles sont le plus souvent une cause de dou-

leurs vives, d'impotence fonctionnelle presque absolue à cause des souffrances et du gonflement : quand elles siègent aux pieds, elles rendent la marche presque impossible. Nous avons dit, de plus, que ces engelures le plus souvent ne se montrent que chez les individus qui possèdent un défaut de résistance générale. Comme l'a dit M. Besnier : « l'engelure dans « toutes ses variétés appartient essentiellement (nous « ne disons pas exclusivement) aux lymphatiques et aux « strumeux. » Cette proposition est vraie, surtout en ce qui concerne les engelures permanentes et les engelures ulcérées.





## DIAGNOSTIC



Les formes communes de l'érythème pernio, sont ordinairement reconnues sans difficulté, en raison de leur siège, de leur apparition sous l'influence des températures basses, de leurs caractères objectifs bien connus et des douleurs qui se montrent avec leurs caractères spéciaux lorsque le malade s'approche d'un foyer de chaleur, et que les parties malades sont réchauffées. Il est pourtant des cas, dans lesquels l'hésitation est permise et, suivant les aspects particuliers, on devra éliminer l'une ou l'autre des affections suivantes :

1° Lupus érythémateux de la face (nez, joues, oreilles) ou des mains : se distingue essentiellement des engelures des mêmes régions parce qu'il persiste en été comme en hiver et n'est pas modifié par les variations de température. Il suit une marche excen-

trique. En divers points, principalement au centre, on peut trouver assez souvent des points cicatriciels qui se produisent sans pustules et sans ulcérations, ce qui n'a jamais lieu dans les engelures. Le lupus érythémateux est surtout une maladie de l'adulte, l'engelure est beaucoup plus fréquente chez l'enfant.

2° Acné rosacée. Ici comme dans l'érythème pernio, il peut se produire des poussées subaiguës, les téguments ont une coloration rouge ou violacée ; mais il se forme toujours à des périodes assez rapprochées, des papulo-pustules typiques dont le sommet est formé par une pustulette remplie d'un liquide blanchâtre et correspondant à l'orifice d'une glande sébacée. Cette acné s'accompagne, en outre, le plus ordinairement de séborrhée. Elle est limitée le plus souvent au nez et aux joues.

3° Sclérodactylie : Au début, elle s'accompagne de tuméfaction, avec coloration violacée. Mais l'empatement du tissu cellulaire sous-cutané est dur et résiste au doigt, les téguments ont perdu leur souplesse. La coloration de la peau est plus rose ; d'ailleurs il se produit plus tard une coloration blanc de lait avec atrophie des téguments. On ne voit pas de desquamation épidermique comme dans les engelures.

4° La cyanose : La cyanose congénitale et celle des cardiaques ne prêteront pas à erreur, la coloration violacée des mains et qui se retrouve aux lèvres n'est qu'une exagération de celle qui se produit sur tout le corps, surtout pendant les efforts. Il ne faut pas oublier pourtant que le ralentissement de la circulation est,

d'après Hutchinson, une cause prédisposante aux engelures.

5° Les dermatites bulleuses, telles que les pemphigus, la dermatite de Durhing, etc., ne prêteront pas à erreur dans les cas d'engelures bulleuses.

6° L'érythème polymorphe est rarement limité aux lieux d'élection des engelures; ses diverses formes ont une évolution rapide : en un mois ou six semaines au maximum tout a disparu. L'influence locale du froid n'a pas d'action sur son développement. Pourtant Hutchinson a observé un cas dans lequel un examen approfondi du malade fut nécessaire avant de pouvoir choisir entre ces deux diagnostics.

7° Gangrène symétrique des extrémités : Se reconnaîtra le plus ordinairement à ses trois stades caractéristiques : 1° syncope locale; 2° asphyxie locale; 3° gangrène. Elle atteint surtout les troisièmes phalanges, le bout du nez, des oreilles. Les doigts ne sont pas gros et empâtés comme dans les engelures; ils sont au contraire minces et effilés. Il se forme, après les désordres qui résultent de la gangrène, des ulcérations qui donnent lieu à des cicatrices indélébiles. On les observe surtout chez les arthritiques et les femmes nerveuses. Pourtant il faut reconnaître avec Legroux et Rossignot que, dans certains cas, le diagnostic est très difficile.

La maladie de Morvan, la syringomyélie, la lèpre peuvent s'accompagner de troubles trophiques des extrémités; mais nous ne croyons pas devoir nous arrêter à ces affections, rares dans nos pays, et qui, de

plus, comme le mal perforant plantaire (bien que Grant ait voulu le rapprocher des engelures) ont des physiologies tellement spéciales qu'il ne faut pas, en pratique, en tenir grand compte. Nous laissons également de côté la pellagre et les éruptions pellagroïdes, les sumblains des Anglais, etc., qui n'ont de commun avec l'érythème pernio que leur localisation sur les régions découvertes. L'affection à laquelle on donne le nom de spina ventosa et qui est une lésion tuberculeuse de la phalange ne prêterait pas davantage à erreur.





## TRAITEMENT

Nous n'essayerons pas, ici, de donner un résumé, même incomplet des différents traitements employés contre les engelures; leur nombre est immense. M. Brocq, dans son ouvrage sur le traitement des maladies de la peau a traité ce chapitre d'une façon suffisamment complète et nous nous contenterons de poser quelques règles générales.

Il faut avant tout supprimer autant que possible l'influence du froid par des vêtements suffisamment chauds, et si une partie du corps a été refroidie, éviter de l'exposer à une chaleur artificielle ou à toute cause de réaction trop vive (frictions chaudes, etc.).

Chez les individus lymphatiques et surtout chez les scrofuleux, l'huile de foie de morue, les sirops anti-scorbutiques, iodotannique, les hypophosphites; chez les anémiques, les préparations ferrugineuses trouveront leurs indications.

Quand il y a lenteur de la circulation, l'ergotine, la teinture d'*Hamamelis Virginica* pourront être avantageuses ainsi que la caféine, la digitale, etc.

Le véritable traitement local sera préservatif. Chaussures chaudes, gants fourrés, etc. Il est recommandé de se servir, pour la toilette, d'eau aussi chaude què possible. Les substances préconisées en applications locales sont extrêmement nombreuses : alcool camphré, solutions alcalines, boratées, iodées, solutions astringentes, solutions de nitrate d'argent au 1/150°, etc. Onguents divers, collodions simples ou médicamenteux (iodoforme, iode, etc.). Emplâtres (rouge de Vidal, diachylon, etc.).

Dans les formes graves on pourra aussi avoir recours aux pansements ouatés antiseptiques.





## OBSERVATIONS



### OBSERVATION I

*Engelures des lèvres.* (Taenzer, *Annales de dermatologie*, 1891.)  
*Monatschrift für prahit Dermatologie*, t. XII, page 56, 1890.

Il s'agit d'un malade, âgé aujourd'hui de 33 ans, depuis l'âge de 12 ans il est atteint d'une affection de la lèvre, laquelle n'a rien de rare en elle-même, mais qui peut intéresser les dermatologistes par sa localisation.

Selon le malade, le début de son affection remonterait à l'hiver rigoureux de 1870-71, elle se manifesta par une vive sensation de cuisson à la lèvre inférieure, puis survinrent de la tuméfaction et une coloration rouge bleu. Au commencement d'avril 1871 l'affection disparut spontanément, après avoir résisté à tout traitement médicamenteux.

Au mois d'octobre, la même affection reparut exactement comme la première fois, mais seulement plus douloureuse, par

suite de la présence d'une profonde rhagade. Comme prodrome, il se produisait une desquamation de la partie atteinte qui se renouvelait quotidiennement pendant plusieurs jours.

L'évolution fut la même que la première fois, et fin mars, tout le complexus de symptômes disparut, le traitement médicamenteux n'avait eu aucune influence. L'affection reparut ensuite avec la même régularité absolue, chaque année, en octobre, pour disparaître de nouveau à la saison chaude. L'affection est parfois prurigineuse, principalement quand on la touche. La rhagade fermée pendant la nuit se rouvre de nouveau quand le malade mange, rit ou parle ; il en résulte une vive douleur et une légère hémorrhagie. Jamais ni suppuration, ni ulcérations avec cicatrices consécutives. En été, la maladie ne laisse aucune trace, ni objective, ni subjective.

La lèvre supérieure n'a jamais été atteinte. Voici ce qui se passe : Vers fin octobre, il survient un ramollissement de la couche cornée au tiers moyen de la lèvre inférieure, de telle sorte qu'on peut enlever cette couche en totalité avec les doigts. Cette desquamation se renouvelle pendant plusieurs jours jusqu'à trois fois. Les points ainsi dépouillés sont très douloureux et se transforment à la surface en une lame mince comme du papier, solide et brun rougeâtre. Cette desquamation que le malade regarde comme le prodrome de l'affection proprement dite dure six à huit jours, puis il se produit dans le 1/3, moyen de la lèvre inférieure une légère sensation de brûlure, des fourmillements et du prurit ; la coloration passe au rouge vif, au rouge bleu jusqu'au brun rouge ; la lèvre se tuméfie en ce point ; il y a un léger ectropion et, dans la partie tuméfiée, tout à fait molle au toucher, on sent sous le doigt une tumeur de consistance pâteuse, arrondie, de la grosseur d'une petite cerise ; au bout d'un à deux jours, il se forme une fissure transversale du bord cutané externe vers le frein de la lèvre infé-

rière ; cette rhagade, de plus en plus profonde, partage toute la tumeur en deux parties égales. Plus tard, les deux parties demi-sphériques se dessèchent à leur surface et la couche cornée commence à se détacher à la périphérie et à se renverser, de sorte que tout le fragment desséché prend un aspect ombiliqué. L'exfoliation complète se fait dans l'espace d'un jour. La lèvre a en apparence l'aspect normal mais est très sensible. La plus légère contraction musculaire déchire de nouveau la lèvre, au milieu, et le processus recommence en suivant les mêmes phases. Jamais d'engorgement ganglionnaire.

Le cycle complet des symptômes évolue en six à huit jours et, dès que l'un est terminé par l'exfoliation de la couche desséchée, un autre recommence invariablement, de telle sorte que le malade subit environ vingt poussées de ce genre par hiver.

La maladie disparaît spontanément au début de la saison chaude. L'auteur l'a, du reste, traitée par tous les remèdes possibles sans obtenir un résultat durable. Il n'est arrivé qu'à diminuer la douleur et les démangeaisons. Le meilleur effet a été obtenu par l'application de gutta-percha avec emplâtre de plomb et de baume du Pérou qui amenait la cicatrisation rapide des rhagades.

## OBSERVATION II

Dubreuilh et Sabrazès. (*Mercredi médical*, 1891.)

Zulma D..., âgée de 31 ans, a déjà reçu nos soins en 1889, pour des syphilides tertiaires des joues et des lèvres. L'affection qui l'amène aujourd'hui consiste en des engelures dont le début remonte au commencement de l'hiver ; elles occupent la face dorsale et un peu la face palmaire des mains ainsi que les pieds ;

elles intéressent aussi les oreilles où elles présentent un aspect typique.

Ces lésions sont plus particulièrement localisées à la face dorsale des mains et des doigts. Les unes sont des papules miliaires très peu saillantes, rouge vif et avec une teinte purpurique s'effaçant mal à la pression ; leur saillie est très minime, mais on sent un peu d'infiltration. D'autres lésions ont la grandeur d'une lentille sans plus de saillie ; elles sont franchement purpuriques avec le centre occupé par une vésicule plate d'où la piqûre fait suinter un peu de liquide limpide. Au début de leur évolution les lésions sont plus saillantes, plus infiltrées, mais la rougeur s'efface mieux à la pression. La quantité de liquide contenu dans les vésicules est minime.

A la racine de l'ongle du médius et de l'annulaire droits, engelures ordinaires mais purpuriques.

Ces lésions disparaissent rapidement quand le temps devient doux, sans laisser de cicatrices, mais récidivent aux premiers froids.

Aux pieds, quelques rares lésions analogues à celles des mains.

### OBSERVATION III

Dubreuilhet Sabrazès (*Mercredi médical*, 1891.)

Paul S..., âgé de 22 ans, tonnelier, se présente à nous en janvier 1891. Son père est bien portant, sa mère a succombé à une maladie de poitrine, elle était sujette aux engelures.

Dans ses antécédents personnels on ne trouve rien à signaler qu'une affection oculaire en 1882.

La maladie actuelle a débuté il y a 7 ans, et depuis lors elle fait son apparition tous les ans en automne aux premiers froids et dure jusqu'au printemps, atteignant simultanément les mains et les oreilles.

Le malade est un jeune homme maigre, imberbe, avec une figure en lame de couteau ; sa dentition est médiocre, mais sans déformations caractéristiques.

Les oreilles sont œdématisées, chaudes, d'un rouge violacé, présentant çà et là quelques petites croûtes ; on trouve quelques cicatrices à la partie supérieure du pavillon de l'oreille gauche.

Le malade est très sensible au froid et ses mains deviennent violacées sous l'influence du moindre abaissement de température. Leur face palmaire ne présente rien à signaler.

La face dorsale des doigts, des mains et des poignets, est couverte, surtout à droite, d'une éruption abondante de papules rougeâtres ou violacées, du volume d'une tête d'épingle à une lentille, saillantes, assez dures, les moyennes sont surmontées d'une petite croûte ; les plus grandes, d'une vésicule plate de la grandeur d'un grain de chènevis et contenant un liquide clair ou plus ou moins trouble. Leur centre desséché forme souvent une croûte. Les papules sont surtout abondantes sur les mains et les poignets, elles respectent la dernière phalange des doigts. En quelques points, comme dans les espaces interdigitaux, les lésions prennent l'aspect eczémateux.

L'éruption devient très prurigineuse sous l'influence de la chaleur.

Pendant tout le commencement de cet hiver, le malade avait travaillé à couvert et n'avait rien vu apparaître, l'éruption s'était montrée quelques jours après qu'il eut, par un temps très rigoureux, passé une journée à décharger des merrains en plein air.

#### OBSERVATION IV

P..., âgé de 15 ans, élève architecte, est atteint depuis sept ans, de l'affection qui l'amène à la Policlinique. Ses parents sont vivants et bien portants; ainsi que ses deux frères. Lui-même a toujours été bien portant, il n'a jamais eu d'adénite ni aucun symptôme ou accident scrofuleux du côté du nez, des yeux ou des oreilles. Cependant il a habituellement froid aux mains, qui sont un peu violacées et bouffies; l'épiderme de la face dorsale des doigts, au lieu d'être lisse, luisant et coupé par de nombreux plis de flexion présente cet état finement grenu qui est si fréquent dans la sclérodémie au début, et qui à la loupe revêt l'aspect d'une peau d'orange.

Depuis sept ans, P... est pris au commencement de chaque hiver d'une éruption de bulles isolées, acuminées sur les mains et sur les orteils et accompagnées de démangeaisons et d'une sensation de cuisson exagérées par la chaleur. Ces bulles crèvent en laissant des ulcérations torpides qui ne sont douloureuses qu'au contact et qui ne guérissent qu'au printemps.

*Main droite.* — Au milieu de la face dorsale de la première phalange du cinquième doigt est une bulle d'un centimètre de diamètre, hémisphérique, tendue, contenant un liquide clair comme de l'eau, s'élevant brusquement sur la peau saine, sans aréole d'aucune espèce. La membrane épidermique, soulevée, paraît assez épaisse et conserve toutes les rugosités papillaires que nous avons signalées sur les doigts de notre malade.

Au point homologue du quatrième doigt, est une bulle de la grandeur d'une petite lentille, saillante, hémisphérique, s'élevant sur la peau saine, et de tout point semblable à la première, mais

plus récente, quoiqu'elle ne date que de quatre jours, tandis que l'apparition de la première remonte à une semaine.

Sur le bord radial de la première phalange de l'index, on trouve une vésicule de trois millimètres de diamètre, peu saillante, entourée d'une aréole rouge violacé, assez étroite, mais diffuse, qui siège sur une base largement œdématiée, saillante, mal limitée et douloureuse.

Sur la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce est une plaque violacée d'un centimètre de diamètre, présentant l'aspect d'une engelure ordinaire avec un début de vésicule au centre.

*Main gauche.* — Sur le bord radial de la première phalange de l'index est une engelure ordinaire. Le bord radial de la première articulation inter-phalangienne du médius présente une vésicule du volume d'un grain de chènevis, avec une légère aréole diffuse d'un rouge violacé, sans base œdématiée ni douleur.

La base dorsale de la première phalange de l'annulaire est le siège d'une engelure ulcérée typique, dont le début remonte à quinze jours et qui aurait succédé à une bulle. On trouve une autre engelure sur la deuxième phalange de l'auriculaire, non ulcérée, mais surmontée d'une vésicule irrégulière et aplatie, enfin une vésicule miliaire sur la pulpe de l'annulaire.

#### OBSERVATION V (Personnelle)

##### *Engelures bulleuses et gangréneuses.*

R. François, âgé de 18 ans, serrurier, entra à l'hôpital le 25 février 1895.

Il a eu une bronchite il y a quatre mois, mais il est ordinairement bien portant.

Il a tous les hivers des engelures légères aux mains ; mais jamais aussi intenses que cette année.

L'affection pour laquelle il se décide à rentrer à l'hôpital a débuté il y a un mois, lorsque la température était extrêmement basse. Il travaillait dehors, et par moments rentrait à l'atelier, où il était exposé à un feu ardent. Il était donc soumis à la fois à une température très rigoureuse et à des variations brusques et considérables de cette température.

L'affection a débuté par de la rougeur, du gonflement ; puis se sont formées des bulles distendues par un liquide séro-sanguinolent. En même temps l'œdème a envahi la face dorsale de la main droite.

Les bulles, en se rompant, ont laissé à nu une plaque de sphacèle, de coloration noirâtre.

Sur la partie inférieure de la face postérieure de l'avant bras et sur la face interne de cet avant-bras, il existe une vaste plaque longue de 10 centimètres, large de 4 centimètres. Sa partie interne est recouverte de croûtes noirâtres, brunâtres, entre lesquelles suinte un liquide transparent. Autour de ces croûtes et dans la moitié externe de la lésion, pas d'ulcérations ; mais seulement des décollements épidermiques dont quelques-uns sont distendus par de la sérosité, d'autres reposent, flétris, sur les tissus sous-jacents.

Au-dessous, on trouve l'épiderme en voie de reproduction.

Il existe donc sur l'avant-bras une vaste lésion formée en dedans d'une ulcération très superficielle, recouverte de croûtes jaunâtres constituées par du pus desséché ; ou brunâtres et dues principalement à des coagulations sanguines.

En dehors et autour de cette lésion, des phlyctènes encore distendues par du liquide séreux ou hémorrhagique, ou bien

rompues et vidées, l'épiderme décollé restant appliqué sur l'épiderme sous-jacent en voie de reproduction.

Autour, il y a une rougeur un peu violacée, une tuméfaction assez nette. La pression du doigt détermine la formation d'un godet léger. Sur cette rougeur, des squames blanches et quelques corûtes isolées, petites, d'un centimètre de diamètre au maximum, plates, brunes, jaunâtres.

La face antérieure du poignet est indemne. La face dorsale de la main droite présente un gonflement très considérable; sa couleur est pourtant presque normale.

A la partie moyenne du bord inférieur de la région métacarpienne, on voit une ulcération à fond noirâtre, sanieux, formé par une escharre en train de s'éliminer. Autour, une large collerette épidermique indique qu'il y a eu là, antérieurement, une bulle, renseignement confirmé par le malade.

La main gauche est indemne.

Sous l'influence de pansements humides à l'eau boriquée, la guérison se produit en un mois environ.





## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Bazin.* — Des éruptions artificielles, 1 vol.  
*Hutchinson.* — On some rare diseases of the skin. London, 1879.  
*Rossignot.* — De la gangrène symétrique chez les enfants. Thèse de Paris, 1888-1889.  
*Tenneson.* — Lupus pernio, Annales de dermatologie, 1892.  
*Besnier.* — Annales de dermatologie, 1884.  
*Leloir.* — Archives de physiologie, 1891.  
*Besnier.* — Annales de dermatologie, 1889.  
*Raymond.* — Annales de dermatologie, 1889.  
*Roussel.* — Thèse de Paris, 1866.  
*Wladimir Dmochowski.* — Thèse de Paris, 1852; Essai sur la gelure et l'engelure comme deux maladies distinctes.  
*Després.* — Gazette des hôpitaux, 1880. Leçon clinique sur les engelures.

- Guérin.* — Thèse de Bordeaux, 1891-92. Des engelures anormales.
- Taenzer.* — Monatshefte für preht. dermatologie, 1891, Band XII, n° 2, Gelure des lèvres.
- Leroux.* — Société française de dermatologie, février 1892.
- Bouchez.* — Thèse de Paris, 1892.
- Catiano.* — Arch. für Klin. Chir. XVII, 2, p. 278, 1891.
- Raimbault.* — Thèse de Paris, 1891.
- Tédenat.* — Thèse d'agrégation, 1880.
- Dubreuilh et Sabrazès.* — Mercredi médical, 1891. Formes anormales d'engelures.
- Fisher.* — Zur Behandlung des Frostbeulen, Memorabilien Heilbraun, 1889-1890.
- Hutchinson.* — A clinical lecture on some peculiar eruptions allied to chilblains.
- Aymes.* — Dissertation sur les engelures.
- 

Vu : Le Président de la Thèse,  
LABOULBÈNE.

Vu : Le Doyen,  
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,  
GRÉARD.





